

Spannende Studie: Tarif- und Finanzierungsunterschiede im Akutbereich zwischen öffentlichen und privaten Spitälern

Subventionen von über 2 Milliarden Franken verzerren den Wettbewerb

Die Kantone beteiligen sich zu mindestens 55 % an den pauschalierten akutstationären Vergütungen. Diese Beiträge werden unabhängig von der Trägerschaft eines Spitals geleistet, vorausgesetzt es befindet sich auf der Spitalliste des Wohnkantons des Patienten. Nebst diesen subjektbezogenen Vergütungen entrichten die Kantone objektbezogene Beiträge, die vorwiegend öffentliche Spitäler für sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen erhalten. Das verzerrt den Wettbewerb, den das KVG fordert. Der Heimatschutz wird vorwiegend über progressive Einkommenssteuern der Steuerpflichtigen der jeweiligen Kantone finanziert, die es mit den Regeln der neuen Spitalfinanzierung nicht so ernst nehmen. Das zeigt eine unter Leitung von Prof. Dr. Stefan Felder entstandene Studie des Bereichs Health Economics der Universität Basel, die im Auftrag der Privatkliniken Schweiz (PKS) entstanden ist. Wir präsentieren Ihnen die Zusammenfassung als leicht redigierte und mit Zwischentiteln ergänzte Fassung.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen können Beiträge an Forschung und Lehre bspw. von Universitätsspitalern sein. Die Kantone dürfen nach Gesetz aber auch strukturerhaltende Zahlungen an einzelne Spitäler ausrichten. Das Gutachten

geht daher den nach Trägerschaft unterschiedlichen Finanzierungsquellen von Spitalern nach. Zu diesem Zweck wurden offizielle Statistiken herangezogen und ausgewertet. Dazu gehören u.a. die Kennzahlen der Schweizer Spitäler

(KZSS), öffentlich verfügbare Auszüge aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und die publizierten Preise (Basisfallwerte) der Spitäler. Untersuchungsperiode bilden die Jahre 2013 bis 2016. Gesondert analysiert werden die



Finanzierungskosten bei den Investitionen der Spitäler. Darüber hinaus wurden ein Krankenhausbetriebsvergleich vorgenommen und die Unterschiede nach Trägerschaft beleuchtet.

Die Trägerschaft der Spitäler wird in drei Kategorien unterteilt:

- **Private Kliniken** sind privatrechtliche Einrichtungen im Mehrheitsbesitz von privaten, natürlichen oder juristischen Personen. Von den in 2016 landesweit insgesamt 180 Akutspitälern und Geburtshäusern sind deren 95 oder 53 Prozent nach diesem Kriterium privat.
- **Öffentliche Spitäler** sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie sind also nicht nur im Eigentum einer staatlichen Gebietskörperschaft (Kanton oder Gemeinden), sondern werden auch von einer staatlichen Stelle betrieben. Dazu gehören bspw. das CHUV in Lausanne und die HUG in Genf. 2016 gab es in der Schweiz 36 öffentliche Spitäler.
- Zu den **subventionierten Spitalern** gehören die 49 Einrichtungen, die mehrheitlich als öffentliche Trägerschaft sowie häufig als Akti-

engesellschaft auftreten, wobei die öffentliche Hand mehr als 50 Prozent des Aktienkapitals auf sich vereinigt. Beispiele für diese Spital-kategorie sind die Solothurner Spitäler AG und die Insel Gruppe AG.

Private mit geringsten Verweildauern und höchsten Investitionen

Mit Blick auf die strukturellen Unterschiede der Spitäler nach Trägerschaft fallen folgende Merkmale¹ besonders auf:

- Die Marktanteile der privaten Träger, gemessen an den Pflgezetagen, variieren stark zwischen den Kantonen. Landesweit beträgt der private Anteil 19.3 Prozent. In fünf Kantonen (Appenzell-Innerrhoden, Glarus, Obwalden, Schwyz und Uri) ist er null (dort gibt es keine privaten Kliniken), in sechs Kantonen (Appenzell-Ausserrhoden, Bern, Basel-Stadt, Luzern, Tessin und Zug) ist er grösser als ein Viertel. Zwischen 2013 und 2016 blieb der private Marktanteil landesweit unverändert. In den

Kantonen variiert die Änderung des privaten Marktanteils zwischen plus 4.1 (Freiburg) und minus 4.5 Prozentpunkten (Graubünden).

- Private Spital-einheiten sind mit durchschnittlich 53 vorgehaltenen Akutbetten fast drei Mal kleiner als subventionierte (154 Betten) und etwa sechs Mal kleiner als öffentliche Spitäler (298 Betten). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass private Einrichtungen durchschnittlich nur 1.2 Standorte haben, während es bei subventionierten 1.9 und bei öffentlichen Spitalern 2.4 Standorte sind. Die privaten Betreiber haben seit 2013 sowohl in der Bettenanzahl (18.2%) wie in der Anzahl Standorte (8.1%) deutlich zugelegt, während es bei den übrigen Spitalern bei diesen Grössen kaum Änderungen gab.
- Private Kliniken behandeln zu 23% Patienten aus anderen Kantonen. Dieser Anteil beträgt bei den subventionierten Spitalern 13% und bei den öffentlichen 15%. 45% der in privaten Einrichtungen behandelten Patienten sind mindestens halbprivat versichert, während es in subventionierten und öffentlichen Einrichtungen nur 16% sind. Der Anteil privat- oder halbprivat versicherter Patienten ist zwischen 2013 und 2016 in den privaten Einrichtungen

¹ Sofern nicht anders vermerkt, beziehen sich die Angaben jeweils auf das Jahr 2016.



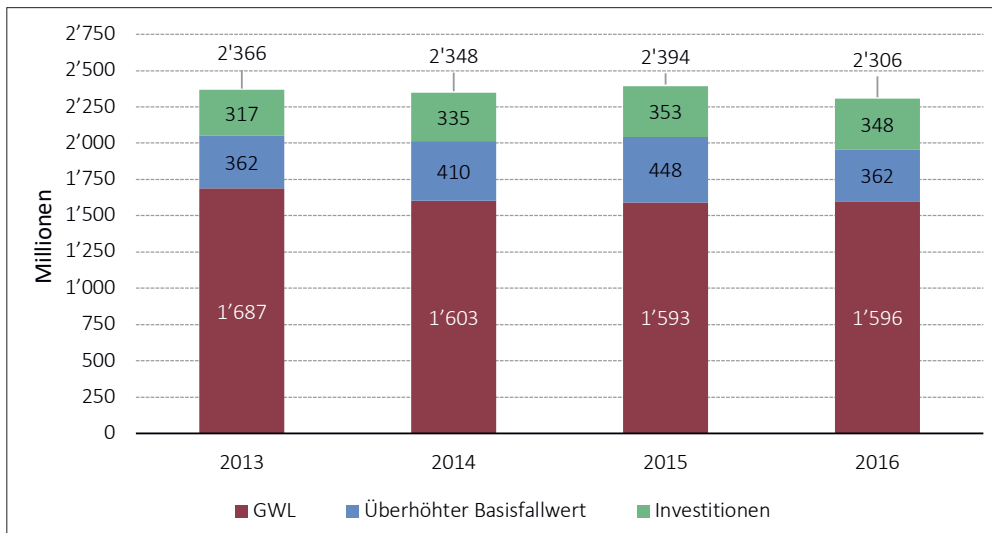


Abbildung 1: Subventionierung über drei Kanäle seit 2013 (Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2013–2016). Berechnungen: Universität Basel/IWSB)

- um 3 Prozentpunkte gesunken, während er bei den übrigen Spitätern konstant blieb.
- Beim durchschnittlichen Schweregrad der behandelten Patienten gibt es zwischen den Spitätern unterschiedlicher Trägerschaft keine wesentlichen Unterschiede. Der ausreisserkorrigierte mittlere Schweregrad der behandelten Patienten beträgt bei den öffentlichen und subventionierten Einrichtungen 1.091 resp. 0.971, während er bei den privaten Kliniken mit 1.015 etwa in der Mitte liegt. Der Schweregrad hat sich in allen Spitalkategorien seit 2013 kaum verändert.
- Die mittlere Verweildauer liegt mit 6.10 Tagen bei den öffentlichen Einrichtungen am höchsten, gefolgt von den subventionierten mit 5.31 Tagen und den privaten Kliniken mit

- 4.73 Tagen. Die Verweildauer ist seit 2013 bei den privaten Kliniken um 0.58 Tage (-10.9%) gesunken, bei den subventionierten um 0.46 Tage (-8.0%) und bei den öffentlichen Spitätern um 0.47 Tage (-7.1%).
- Die Gesamterträge haben über alle Spitalkategorien von 2013 bis 2016 um zwischen 12.0 und 27.4% zugenommen. In der Akutpflege ist der Anstieg noch höher: durchschnittlich 31.1% bei den privaten, 13.4% bei den subventionierten und 14.2% bei den öffentlichen Spitätern.
- Die privaten Kliniken setzen mit 4.2 Vollzeitstellen pro Akutbett deutlich weniger Personal ein als subventionierte (5.9) und öffentliche Einrichtungen (6.9). Seit 2013 ist der Personaleinsatz pro Akutbett bei den privaten um 7.3%

gestiegen, bei den subventionierten und öffentlichen hat er um 10.9% bzw. 11.6% zugenommen.

- Auf der Kostenseite fällt der deutlich niedrigere Anteil der Investitionen bei den nicht privaten Spitätern auf. Während bei den Privaten die Investitionsquote 13.0% beträgt, liegt sie bei den öffentlichen und subventionierten Spitätern lediglich bei 7.2% bzw. 6.9%.

Subventionierung über drei Kanäle

Hinsichtlich des Aspekts der objektbezogenen Subventionen und Beiträge durch die Kantone an die Spitäler lassen sich diese differenziert nach Trägerschaft quantifizieren. Dabei können die Subventionen drei Bereichen zugeordnet werden:

- 1. Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) durch die Kantone:** Zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gehören nach einer Aufstellung des Spitalverbandes H+ Spezialaufgaben und -bereiche wie geschützte Operationssäle, Rettungsdienste und die Sanitätsnotrufzentrale 144. Darüber hinaus zählen Forschung und universitäre Lehre zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen, ebenso wie Beiträge für die Finanzierung der Vorhalteleistung für Notfälle und Geburtshilfe. Hinzu kommen auch Kantonsbeiträge etwa aufgrund einer kantonalen Defizitgarantie. Die Krankenversicherer sind dagegen nicht an der Finanzierung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen beteiligt. Die Höhe der kantonalen Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen wird in den Kennzahlen der Schweizer Spitäler jährlich als Teil der Erträge ausgewiesen.



synedra
information technologies

synedra – Lösungskompetenz im Gesundheitswesen

Entdecken Sie synedra AIM – Ihr medizinisches Universalarchiv.
Mehr Infos auf www.synedra.com

Jahr 2016	PRIV	SUBV	OEFF	TOTAL
TOTAL (Mio.CHF)				
GWL	56.1	325.1	1214.5	1595.8
Basisfallwert	0.0	147.1	215.0	362.2
Investitionen	0.0	145.4	202.7	348.1
Total	56.1	617.7	1632.2	2306.0
Pro Fall (CHF)				
GWL	196.5	751.2	2222.8	1261.6
Basisfallwert	0.0	339.9	393.6	286.3
Investitionen	0.0	336.0	370.9	275.2
Total	196.5	1427.2	2987.3	1823.2
Pro Akutbett(CHF)				
GWL	11 133.8	43 277.1	113 100.2	68 512.2
Basisfallwert	0.0	19 584.7	20 024.9	15 549.2
Investitionen	0.0	19 359.6	18 874.1	14 946.1
Total	11 133.8	82 221.3	151 999.2	99 007.5

Tabelle 1: Offene und verdeckte Subventionierung nach Trägerschaft, 2016 (Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2016). Berechnungen: Universität Basel/IWSB)

2. Mögliche Subventionierung eines Spitals durch einen überhöhten Basisfallwert:

Ermöglicht wird eine solche Subventionierung dadurch, dass die Kantone selbst Betreiber von Spitätern sind und somit direkten Einfluss

auf die Bestimmung des Basisfallwerts von öffentlichen Spitätern nehmen. Bei subventionierten Spitätern kann sich insofern ein indirekter Einfluss der Kantone auf die Basisfallwerte ergeben, als letztere die durch die

Verhandlungspartner vereinbarten Basisfallwert genehmigen und im Streitfall als Schiedsstelle fungieren.

3. Offene oder verdeckte Finanzierung der Investitionskosten von öffentlichen und subventionierten Spitätern über die kantonalen Finanzhaushalte:

Dies kann bei öffentlichen Spitätern über die Vermietung von Immobilien, Mobilien und Anlagen unterhalb marktüblicher Konditionen geschehen. Auch bei subventionierten Spitätern ist dies möglich. Etwa, wenn diese sich in Immobilien einmieten, die dem Kanton gehören. Schliesslich kann eine verdeckte Subventionierung dann auftreten, wenn die Kantone Darlehen an Spitäler zu grosszügigen bzw. gegenüber dem Markt deutlich günstigeren Konditionen vergeben.

Die Öffentlichen erhalten am meisten Subventionen

Insgesamt hat Subventionierung zwischen 2013 und 2016 zwar leicht abgenommen (-2.5%, vgl. Abbildung 1), erreicht aber (Red.) enorm hohe 2.3 Milliarden Franken. 5.4% betrug der Rückgang bei der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Die Subventionen aufgrund überhöhter Basisfallwerte sind unverändert. Die Subventionierung von Investitionskosten nahm im selben Zeitraum hingegen um rund 10% zu.



2016	In CHF	Pro Akutfall	Pro Akutbett	Pro Einwohner
AG	76852790	851	53253	117
AI	1323939	1417	73552	83
AR	5668437	391	24335	104
BE	234012885	1269	76707	229
BL	41956518	1314	68064	148
BS	166307026	2487	140589	864
FR	73938931	2612	144703	239
GE	309143961	4396	208174	635
GL	7015045	1428	82395	175
GR	48601207	1432	81569	247
JU	23423044	3019	160877	321
LU	49745416	881	48699	124
NE	77942154	3943	207379	437
NW	5416195	1001	70533	127
OW	11243860	3069	201333	302
SG	89083585	1079	55504	178
SH	16277918	1495	83907	203
SO	63585190	1984	124381	237
SZ	14897134	911	56852	96
TG	17858361	563	30715	66
TI	38370190	640	26842	109
UR	8201462	2037	126176	227
VD	592621059	5244	252632	761
VS	26961088	728	39860	80
ZG	6858638	462	30916	56
ZH	298735620	1230	66345	202
CH	2306041653	1823	99007	275

Tabelle 2: Gesamtsubventionen nach Kanton, Total in CHF und pro Fall, Akutbett und Einwohner, 2016. Anmerkung: rot: höchster Wert; grün: tiefster Wert. (Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2016). Berechnungen: Universität Basel/IWSB)

Einen noch differenzierteren Überblick über die Subventionen für das Jahr 2016 in den drei Bereichen nach Art der Trägerschaft liefert Tabelle 1. Die Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen beläuft sich landesweit auf 1.6 Mrd. Franken, wovon 1.54 Mrd. Franken oder 96.5% auf die subventionierten und öffentlichen Spitäler entfallen. Das Erbringen gemeinwirtschaftlicher Leistungen ist demnach sehr ungleich auf die unterschiedlichen Spital kategorien verteilt. Offensichtlich fehlt ein freier Marktzugang, der es privaten Kliniken erlauben würde, ebenfalls gemeinwirtschaftliche Leistungen in einem relevanten Umfang bereit zu stellen.

Mit Hilfe eines ökonomischen Modells wurde für 2016 der Unterschied im durchschnittlichen Basisfallwert zwischen Privatkliniken auf der einen Seite und öffentlichen und subventionierten Spitälern auf der anderen Seite geschätzt.

Dabei wurde berücksichtigt, dass Universitäts-spitäler im Durchschnitt einen höheren Basisfallwert (plus 1232 CHF) aufweisen, ebenso wie Kinderspitäler (plus 1834 CHF). Selbst wenn dem Einfluss dieser speziellen Versorgungseinrichtungen auf die Basisfallwerte Rechnung getragen wird, sind die öffentlichen und subventionierten Spitäler gegenüber den privaten Kliniken im Durchschnitt pro Fall um 359 Franken bzw. 342 Franken teurer.

Aus diesen erhöhten Basisfallwerten ergeben sich gemäss Tabelle 1 Subventionen für die öffentlichen und subventionierten Spitäler in Höhe von 215 Mio. Franken bzw. 147 Mio. Franken.

Verdeckte Investitionskosten

Die Subventionen aufgrund verdeckter Investitionskosten wurden ebenfalls geschätzt, näm-

lich auf der Grundlage der Differenz der Investitionsquote auf Ebene des einzelnen Spitals zu der bei der SwissDRG-Vergütung in 2012 eingerechneten Investitionsquote von 10%. Die durchschnittliche Investitionsquote der öffentlichen und subventionierten Spitäler lag in 2016 mit 7.2% resp. 6.9% deutlich unter 10 Prozent. Die derart berechneten Subventionen belaufen sich landesweit auf 348 Mio. Franken, die sich im Verhältnis 58% zu 42% auf öffentliche und subventionierte Einrichtungen aufteilen.

Werden die drei Subventionsarten summiert und auf die Anzahl der vorgehaltenen Akutbetten bezogen, ergeben sich landesweit jährliche Gesamtsubventionen pro Bett bei privaten, subventionierten und öffentlichen Spitälern von 11 134 Franken, 82 221 Franken respektive 151 999 Franken.

Unterschiedlich grosszügige Kantone

Das Ausmass der Gesamtsubventionen variiert beträchtlich zwischen den Kantonen (vgl. Tabelle 2). Die höchsten Subventionen zahlt mit 593 Mio. Franken der Kanton Waadt aus. Dies entspricht 5244 Franken pro Fall, 252 632 Franken pro stationäres Akutbett und 761 Franken pro Einwohner. Die niedrigsten Zuschüsse verzeichnet der Kanton Appenzell-Ausserrhoden: 391 Franken pro Fall, 24 335 Franken pro Akutbett und 104 Franken pro Einwohner. Zusammen mit den ordentlichen Beiträgen der Kantone an die subjektbezogene DRG-Vergütung, die sich aufgrund unterschiedlicher stationärer Kosten ebenfalls kantonal unterscheiden, bedeuten diese Zuschüsse je nach Höhe eine grosse Belastung der kantonalen Finanzhaushalte.

Werden die Unterschiede bezüglich der Höhe der Subventionierung pro Fall kartografisch abgebildet (vgl. Abbildung 2), so ist je nach Bereich ein gewisses Ost-West-Gefälle zwischen den Kantonen zu beobachten.

Transparenz für mehr Wettbewerb und Effizienz

Der Schweizer Gesetzgeber unterscheidet ordnungspolitisch korrekt zwischen den stationären medizinischen Leistungen gemäss Obligatorischer Kranken- und Pflegeversicherung (OKP) und den gemeinwirtschaftlichen Leistungen eines Spitals. Während die Bundesebene den OKP-Bereich reguliert, sind die Kantone für den Bereich gemeinwirtschaftlicher Leistungen zuständig. Zu diesem Zweck verlangt das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) implizit und die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung (VKL) expli-

zeit die Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Das Bundesverwaltungsgericht hat in mehreren Urteilen ebenfalls die Notwendigkeit einer expliziten Ausscheidung der Leistungen und Kosten beider Bereiche bestätigt und darauf hingewiesen, dass eine Quersubventionierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen aus OKP-Erträgen zu vermeiden sei.

Fallpauschalen dürfen nicht zur Finanzierung von Regionalpolitik oder Strukturerehaltung dienen

In Art. 49 Abs. 3 KVG wird weiter ausgeführt, dass insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Erwägungen sowie Gewährleistung von Lehre und Forschung auch nicht teilweise aus Erträgen aus der fallpauschalierten Vergütung finanziert werden dürfen. Vielmehr sind die gemeinwirtschaftlichen Leistungen ausschliesslich durch die kantonalen Finanzhaushalte zu tragen.

Mit Blick auf die Frage nach der Effizienz im Spitalbereich lässt sich festhalten, dass die «Yardstick Competition» zwischen den Spitälern im OKP-Bereich infolge der SwissDRG-Vergütung langfristig zu einer kosteneffizienten Produktion von stationären Leistungen führen kann. Denn bei einer pauschalierten Vergütung haben die Spitälern immer einen Anreiz, ihre internen Prozesse zu optimieren und die Kosten zu senken. Zudem ist von einem Preiswettbewerb zwischen den Spitälern über die Höhe des Basisfallwertes auszugehen.

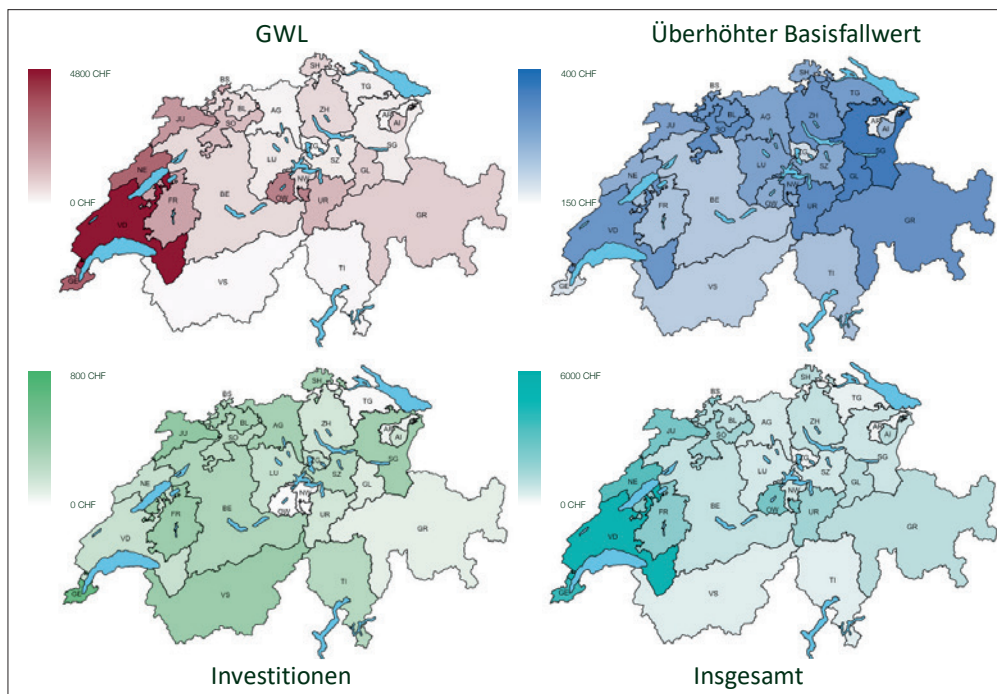


Abbildung 2: Subventionierung pro stationären Fall in den Kantonen, 2016 (Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (2016). Darstellung: Universität Basel/IWSB)

Mehrfachrolle der Kantone hemmt den Wettbewerb

Kommt dieser Wettbewerb über die Preise zum Tragen, werden die Spitälern gezwungen, sich anzupassen oder aus dem Markt auszuscheiden. Die Mehrfachrolle der Kantone als Betreiber oder Eigentümer von stationären Einrichtungen, Schiedsrichter bei Preisverhandlungen

zwischen Konkurrenten und Versicherern und Inhaber des stationären Versorgungsauftrags schränkt den Wettbewerb allerdings stark ein. In vielen Kantonen ist zudem der Marktanteil der öffentlichen Spitälern so hoch, dass man nach gängigem Verständnis von einer marktbeherrschenden Stellung sprechen muss. Ordnungspolitisch korrekt wäre es, wenn die Kantone sich auf den Versorgungsauftrag



DMBAU bietet qualitativ hochwertige und funktionale Lösungen für Klinikgebäude oder einzelne Klinikräume, die in Rekordzeit einsatzbereit sind. Ob ein temporärer Spitaltrakt, Neubau eines gesamten Krankenhauses, ein Bettenhaus, eine komplette Intensivstation, ein medizinisches Labor, ein Operationsaal oder ein MRI mit neuester Technologie: unsere Baukonzepte werden Ihren Anforderungen umfassend gerecht. Wir sind DMBAU. WE BUILD FUTURE.

WWW.DM-BAU.CH

DMBAU
WE BUILD FUTURE

beschränkten, sich aus der Leistungserbringung zurückzögen und dort, wo sie als Eigentümer eine marktbeherrschende Stellung innehaben, ihre Spitäler privatisieren würden.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen ausschreiben

Im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen fehlen wettbewerbliche Strukturen bisher vollständig. Zwar sieht der Gesetzgeber dort eine Ausscheidung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen und eine separate Ermittlung der Kosten vor. Jedoch, selbst wenn diese Kosten korrekt ausgeschieden werden, bedeutet dies keineswegs, dass die ermittelten Kosten aus volkswirtschaftlicher Sicht angemessen sind. Denn den Leistungserbringern mangelt es an hinreichenden finanziellen Anreizen, vom Kanton bestellte Leistungen kosteneffizient zu erbringen.

Sinnvoll wäre daher die Einführung eines sog. Wettbewerbs um den Markt. Mit der gesetzlichen Auflage, die gemeinwirtschaftlichen Leistungen separat auszuweisen, sind die Voraussetzungen gegeben, deren Erbringung auszuschreiben und somit auch in diesem Bereich der medizinischen Versorgung einen Preiswettbewerb in Gang zu setzen. In einem Biet-Verfahren könnte der Auftrag der Leistungserbringung dem Anbieter mit dem besten Preis-Leistungsverhältnis zugeschlagen werden.

Mehr Sorge für öffentliche Gelder ist angezeigt

Da es sich bei der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen um öffentliche Gelder handelt, die zudem die wirtschaftlichen Tätigkeiten von Konkurrenten tangieren, müssten gemeinwirtschaftliche Leistungen dem Submissionsrecht unterliegen. Im Bereich des Rettungsdiensts gibt es bereits Ansätze, über eine Ausschreibung den Leistungserbringer auszuwählen und gleichzeitig den Preis der Dienstleistung zu bestimmen. Aus volkswirtschaftlicher Sicht wäre es geboten, diese Verfahren auf weitere Bereiche der gemeinwirtschaftlichen Leistungen auszuweiten.

Gleichbehandlung krass verletzt: längere Spiesse für öffentliche Spitäler

Abschliessend lässt sich mit Blick auf die Konkurrenzsituation zwischen den Spitälern festhalten, dass sich öffentliche und subventionierte Spitäler via zusätzliche Erträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen, potenziell überhöhte Basisfallwerte sowie verbilligte Investitionskosten

Wann erfolgt die nötige Korrektur?



Der Wettbewerb – eines der Kernelemente der neuen Spitalfinanzierung nach SwissDRG – ist arg verletzt. Entsprechend ausgeprägt zeigen sich die strukturerhaltenden Elemente verschiedener Kantone. Den Preis dafür zahlen die Steuerzahlerinnen und -zahler. Wie kann hier korrigierend eingegriffen werden? – Wir stellten dem Präsidenten der Privatkliniken Schweiz, Nationalrat Dr. Beat Walti, drei Fragen:

Die aufgrund der neuen Spitalfinanzierung unzulässigen Subventionen an die öffentlichen Spitäler sind stossend und haben eine bedrohliche Höhe erreicht. Die Kantone nehmen das KVG nicht ernst. Das muss Sie als eidgenössischen Parlamentarier stören. Was unternehmen Sie konkret dagegen?

Dr. Beat Walti: Für unseren Verband muss jede gesetzgeberische Intervention in der Gesundheitspolitik den folgenden Anforderungen genügen:

- Sie muss geeignet sein, die Leistungsqualität der Gesundheitsdienstleister zu fördern.
- Sie muss faire Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringer und die Versicherer schaffen oder mindestens fördern.
- Sie muss die inakzeptable Governance im Bereich der Vielfachrolle der Kantone verbessern.

Als Parlamentarier kann ich konkret dazu beitragen, dass sowohl Parlament als auch Bundesrat den Willen des Gesetzgebers gemäss KVG ernst nehmen und die Kantone das KVG nicht durch die Hintertür ad absurdum führen.

Welcher der drei massgeblichen Einflüsse der Subventionspraxis ist für Sie der störendste?

Die Quersubventionierung über nicht deklarierte tiefere Zinsen, über Defizitgarantien und über kompensationslos abgetretene Vermögen – wie Spitalimmobilien – sind oft besonders intransparent. Hier wird verschleiert, dass die eigenen öffentlichen Häuser zum Teil massiv längere Spiesse erhalten als die privaten Kliniken, die im Wettbewerb antreten müssen. Die Patienten zahlen bei dieser Art der Quersubventionierung auch als Steuerzahler massiv mit.

Aktuell steht die EFAS in der Diskussion. Der Nationalrat scheint ihr ja wohlgesonnen zu sein. Sie auch? – Wir befürchten einen noch grösseren Einfluss der Kantone, nun auch vermehrt – wohl gerade beim Definieren des Leistungsangebots – auf ambulanter Ebene. Ist das erwünscht? Sollten die Kantone nicht vorgängig ihre vordringlicheren Hausaufgaben erledigen und die Wettbewerbsverzerrung aufgrund der riesigen Subventionen eindämmen?

Die Umsetzung einer einheitlichen Finanzierung (EFAS) droht durch ihre politische Verknüpfung mit der kantonalen Machtausweitung im ambulanten Bereich zum Rohrkrepiierer mit verheerenden Nebenwirkungen zu werden: Die mit der EFAS-Vorlage politisch verknüpfte Zulassungssteuerung der Kantone im ambulanten Bereich verschärft die bereits heute inakzeptable Vielfachrolle und Interessenvermischung der Kantone zusätzlich derart, dass die vorgeschlagene KVG-Revision abgelehnt werden muss.

ten einen Vorteil gegenüber den privaten Anbietern verschaffen können. Private Spitäler haben aber einen von der Wirtschaftsfreiheit nach Art. 27 und Art. 94 der Bundesverfassung gedeckten Anspruch auf Wettbewerbsneutralität des Staa-

tes bzw. auf Gleichbehandlung der Konkurrenten. Die aktuelle Regulierung der stationären medizinischen Akutversorgung in den Kantonen, so das Ergebnis des Gutachtens, verletzt jedoch diesen Anspruch.